132

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice LEFRANC

Né à Coutances le 29 novembre 1880

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'INTERVENTION En cas de cataracte monoculaire

Président : M. DE LAPERSONNE, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

—

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACARD
Pathologie médicale	WIDAL, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, GILBERT, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Ancien doyen de la Faculté de médecine de Lille
Professeur de Clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON MAITRE

M. LE Dr FÉLIX TERRIEN

Professeur Agrégé de la Faculté de médecine
Ophtalmologiste de l'hôpital des Enfants-Malades

Qu'il accepte ici l'expression de ma très sincère et respectueuse reconnaissance pour l'intérêt qu'il a bien voulu me témoigner.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

DE L'INTERVENTION

En cas de cataracte monoculaire

INTRODUCTION

Le 16 juillet 1812, dans un mémoire lu à la Société de la Faculté de médecine et publié dans le *Journal de Corvisart*, M. Maunoir commençait ainsi : « Il n'y a pas d'oculiste qui ne soit souvent appelé à décider s'il convient d'opérer ou non un œil atteint de la cataracte quand l'autre est parfaitement sain. Il n'y en a peut-être pas un qui ait répondu à cette importante question d'une manière qui le satisfit complètement lui-même ; et, en effet, c'est un problème difficile à résoudre et dont la solution ne me paraît jusqu'à présent avoir été entreprise par personne. Cependant cette question a été faite si souvent, tant de personnes sont intéressées à ce que la réponse que l'on y fera ne laisse aucun doute, aucune incertitude ; elle est en même temps d'une telle importance considérée médicalement et physiologiquement, qu'on peut s'étonner avec raison, qu'aucun des ouvrages

qui traitent des maladies des yeux ne l'ait décidée. Pour en trouver la solution, il faut, ce me semble, examiner séparément deux circonstances ou plutôt répondre à deux questions particulières :

» 1° Quels sont pour la vue les avantages ou les inconvénients de l'opération sur un œil atteint de la cataracte quand l'autre est bon ?

» 2° Le renvoi de l'opération peut-il avoir quelque conséquence fâcheuse pour l'œil malade ?

C'est ainsi que, en 1812, Maunoir se demandait s'il fallait ou non opérer la cataracte monoculaire ; mais d'autres avant lui s'étaient posés la même question.

Au début du XVIII^e^ siècle, en effet, Antoine Maître-Jean et Saint-Yves, suivis en cela par Wenzel et S. Cooper, se montrent les partisans de l'opération, tandis que plus tard Richter et Lawrence préfèrent s'abstenir.

Et l'on comprend très bien les raisons qui poussaient ces derniers à repousser une opération dont le succès définitif était alors si problématique. Il y a cinquante ans, en effet, les résultats malheureux se chiffraient par 30, 40 et même 50 o/o. A l'époque actuelle, au contraire, les progrès de l'asepsie ont modifié du tout au tout le pronostic de l'opération, après laquelle les pertes définitives de la vision ne sont plus évaluées qu'à environ 2 o/o ; tout au moins en ce qui concerne la cataracte sénile mûre.

Donc, nous avons l'intention de nous demander, ici, après Maunoir : faut-il opérer la cataracte monoculaire ?

Après avoir examiné la question pour la cataracte congénitale ou de l'enfance et pour la cataracte sénile, nous verrons toute l'importance qu'elle a acquise pour la cataracte traumatique depuis la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

CHAPITRE I

CATARACTE CONGÉNITALE OU DE L'ENFANCE

Les cataractes congénitales ou de l'enfance retiendront moins notre attention que les autres formes de cataracte.

Les unes, en effet, (cataractes polaires antérieures ou postérieures, centrales, ponctuées, etc.), ont peu de tendance à se compléter, restent stationnaires, gênent peu la vision et ne réclament aucune intervention.

Les autres (telle la cataracte zonulaire) étant ordinairement bilatérales sont en dehors du cadre de notre travail. Mais on rencontre certaines cataractes de l'enfance, cataractes molles, parfois unilatérales et qui gagneraient à être opérées de bonne beure.

En effet, incomplètes au début, ces cataractes finissent par se compléter, et l'œil atteint, désormais inemployé, perd peu à peu son aptitude fonctionnelle, sa rétine ne reçoit plus de sensations lumineuses, sa pupille s'immobilise ; des adhérences s'établissent.

C'est « l'amblyopie ex anopsia ».

A l'appui de ceci, nous pouvons citer l'observation suivante :

OBSERVATION I (Personnelle)

L. M..., trente ans.

OD : Cataracte molle, synechies postérieures.

Très légère sensibilité aux rayons lumineux du côté de l'angle externe de l'œil.

OG : Cataracte capsulaire postérieure.

Il y a trois ans on ne distinguait dans cet œil qu'une petite tache centrale, immobile, surplombée de petits points très fins ; le tout visible seulement à un faible éclairage à l'aide du miroir plan, et à cette époque gênant à peine la vision de cet œil. Actuellement la cataracte s'est notablement développée et la vision est presque entièrement abolie à gauche.

Or, chez ce sujet, la cataracte molle de l'œil droit n'existait pas dans sa première enfance puisqu'il se souvient parfaitement avoir vu de l'œil droit. En tout cas elle se complèta par la suite, si bien que notre malade était à vingt ans exempté comme borgne du service militaire.

A l'heure actuelle il est porteur d'une double cataracte qui le rend à peu près aveugle.

1° **Avantages de l'opération.** — On peut donc se demander s'il n'aurait pas été très profitable d'inter-

venir de bonne heure sur l'œil droit de ce jeune homme (alors que l'œil gauche jouissait d'une acuité visuelle excellente) et de le débarrasser d'un cristallin opacifié, s'opposant au passage des radiations lumineuses et favorisant, de ce fait, l'apparition des adhérences, alors que l'opération, en conservant à cet œil son aptitude fonctionnelle, en eût fait un véritable œil de réserve qui n'eût eu besoin que d'un verre convenable pour entrer en fonction et suppléer son congenère actuellement déficient.

Cet avantage résultant de l'intervention n'est du reste pas le seul, et De Græfe nous cite plusieurs jeunes gens qu'il opéra de cataracte molle unilatérale et qui recouvrèrent la vision binoculaire après l'opération : « L'énorme différence de réfraction, dit-il, n'occasionna aux malades aucun inconvénient sensible ; les deux yeux se fixaient parfaitement sur les objets tellement que si l'on fermait l'œil sain, l'autre ne présentait pas le moindre changement de son axe visuel. Tout doute sur la possibilité de petits mouvements cessait par l'emploi des verres prismaliques qui produisaient selon les différences de position, du strabisme ou des doubles images, ces cas prouvaient à l'évidence tout l'avantage de la vision avec deux yeux et présentaient une appréciation très sûre des distances. »

Donc l'opération pratiquée par De Græfe permit à ses jeunes malades l'emploi simultané de leurs deux yeux, en dépit de la grosse anisométropie résultant de l'aphasie post-opératoire.

Mais ces avantages de l'opération que nous venons de passer en revue ne sont pas les seuls, et même en ne tenant pas compte de cette restitution de la vision binoculaire qui ne peut être qu'une exception, le malade bénéficiera, en outre, de l'agrandissement du champ visuel périphérique, d'un résultat cosmétique qui n'est jamais à dédaigner, avantages sur lesquels nous n'insistons pas ici, mais que nous passerons en revue à propos de la cataracte sénile ou de la cataracte traumatique.

2° **Inconvénients de l'opération.** — Quant aux inconvénients de l'intervention ils sont ici à peu près nuls, si l'on a soin de ne pas opérer avant l'âge de deux ans. Les insuccès en matière de cataracte congénitale sont très rares aujourd'hui. Et puis l'âge du sujet facilite bien des choses ; le jeune malade disposant en général de tout le temps nécessaire à la bonne conduite de l'opération, sa jeunesse lui permet d'entreprendre avec espoir de succès tous les exercices orthopédiques souvent fort longs mais nécessaires à la rééducation de l'œil opéré.

CHAPITRE II

CATARACTE SÉNILE

De toutes les formes de cataractes, la cataracte sénile est la plus fréquente. Sa cause générale est totalement inconnue et l'on pourrait presque la dénommer physiologique, car elle apparaît sur des yeux qui semblent sains et chez des sujets en apparence normaux, d'ordinaire vers l'âge de cinquante ans. Les deux yeux sont généralement pris mais rarement en même temps et quelquefois un œil est totalement respecté.

Nous pouvons donc envisager ici le cas d'une cataracte sénile unilatérale, au point de vue qui nous intéresse, c'est-à-dire l'opportunité ou la non opportunité de l'intervention en pareil cas.

Voyons d'abord quels avantages il peut y avoir à opérer une cataracte sénile unilatérale, nous verrons ensuite quels inconvénients présente cette intervention.

I. — **Avantages de l'opération.** — Parmi les avantages de l'opération il nous faut, en premier lieu,

citer l'agrandissement considérable du champ visuel périphérique, chose éminemment importante à l'époque où nous vivons. C'est que, comme le fait remarquer L. Dor « depuis le développement immodéré du cyclisme et de l'automobile, la situation d'un borgne est beaucoup plus dangereuse aujourd'hui qu'il y a dix ans ».

Dianoux, conseille, dans ce cas, de donner à l'œil opéré sa correction partielle qui apporte, dit-il un soulagement considérable à la vision.

En règle générale, en effet, on ne peut songer à donner à cet œil sa correction totale, à placer devant lui le verre convexe doublé du verre ylindrique lui procurant la meilleure acuité possible ; conditions qu'il faudrait réaliser pour rendre au malade la vision binoculaire normale qui ici est impossible ; c'est que la différence de grandeur des images perçues par chaque œil empêche leur fusionnement et entraîne, par conséquent, une gêne considérable de la vision.

Donc, en pareil cas, mieux vaut ou bien ne donner à l'œil aphaque aucune correction ; ou bien, suivant le conseil de Dianoux lui faire porter sa correction partielle, la vision périphérique binoculaire étant alors facilitée et la gêne très supportable.

Peut-être aussi pourrait-on, en pareil cas, essayer le procédé suivant : placer devant l'œil opéré un verre à double foyer, plan (ou à correction partielle) dans ses 2 tiers internes et correcteur (par exemple + 10 ou 11 dioptries) dans son tiers externe.

De telle sorte que l'opéré n'aurait en temps habituel devant son œil aphaque, qu'un carreau (ou un verre légérement correcteur) n'occasionnant aucune fatigue visuelle ; tandis qu'il lui suffirait d'un coup d'œil latéral à travers la lentille convexe pour se rendre compte nettement de la présence d'un obstacle quelconque, et l'image ainsi perçue serait simple, l'objet se trouvant en dehors du champ du regard de l'œil sain.

Tout ceci naturellement, pourrait trouver son application a la suite d'extractions de cataractes congénitales ou traumatiques.

En second lieu il y a avantage à opérer une cataracte sénile mûre à point ; le cristallin dans de telles conditions peut être expulsé en entier hors de la capsule, ce qui donne moins de chances de cataracte secondaire.

Il est vrai qu'arrivée à ce stade de maturité la cataracte peut demeurer longtemps stationnaire, particulièrement en cas de cataractes dures.

Mieux vaut donc ne pas attendre le stade d'hypermaturité, qui, dans les cataractes molles, suit le stade de maturité ; les masses opacifiées se ramollissent et tombent en dégénérescence. Le tissu cristallinien se transforme en une sorte de bouillie blanche et peut se fluidifier complètement. Cette consistance laiteuse n'occupe que les couches périphériques et n'intéresse pas le noyau : aussi celui-ci s'enfonce vers le point le plus déclive du sac capsulaire. Il se traduit par une ombre brunâtre, occupant

la partie inférieure et limitée en haut par une demi-circonférence qui en indique la moitié supérieure, plus foncée que le reste de la masse.

C'est la *cataracte de Morgagni*, dont l'extraction très facile est suivie d'un excellent résultat.

Mais, à partir de ce moment, la cataracte est souvent le siège de transformations : elle se rétracte, devient crayeuse ; la zonule de Zinn se distend, s'atrophie, et le cristallin mal fixée, tremble et se déplace sous l'influence des mouvements de l'œil (cataracte tremblotante). Elle peut même se luxer spontanément dans le vitré si la zonule vient à se rompre.

L'extraction de cette cataracte supramûre est plus difficile et expose à plus de dangers. Le principal est le prolapsus du vitré au cours de l'opération, facilement provoqué par l'altération de la zonule. Souvent alors le cristallin se luxe en arrière et il devient impossible de l'extraire. Enfin, si on veut éviter une cataracte secondaire, il convient d'exciser un fragment de la capsule qui, dans le cas présent, est épaisse et opaque.

De Græfe signale également comme avantage de l'opération, l'augmentation de l'énergie de la vision, en tant que la vue se fatiguerait moins avec deux yeux même si inégaux qu'avec un seul.

L'extraction de la cataracte sénile monoculaire a pu également être faite au seul point de vue cosmétique et réclamée, à ce titre, par certains clients ou plutôt par certaines clientes, fort ennuyées de traîner

partout avec elles, cette pupille blanchâtre signalant à tous leur infirmité. Il est certain que dans ces cataractes pour ainsi dire physiologiques qui ne nécessitent pas l'iridectomie, l'extraction simple rend à l'œil son aspect antérieur et au visage son esthétique primitive.

Signalons encore les services que peut rendre l'opération à certains myopes qui, une fois débarrassés de leur cataracte, se servent volontiers de l'œil opéré pour la vision à distance et de l'autre pour fixer les objets rapprochés (Panas).

L'effet obtenu à la suite de l'extraction du cristallin, sera d'autant plus considérable que la myopie est plus forte. Une myopie de 18 à 20 dioptries sera convertie sensiblement en emmétropie ; une myopie de 16 dioptries devient plus tard une hypermétropie de 2 dioptries et ainsi de suite. Le bénéfice retiré peut être rapide et réel, mais nous devons ajouter que ces interventions sont très aléatoires ; leur résultat est souvent déplorable. C'est qu'en effet, dans la myopie forte, la zonule est généralement altérée, et le cristallin se luxe très facilement.

De plus, l'évolution de ces cataractes myopiques est généralement d'une lenteur désespérante ; la plupart du temps incomplètes, elles restent indéfiniment stationnaires.

Il est enfin, en faveur de l'opération un argument qui présente une réelle valeur et que voici. En cas d'amblyopie ou d'amaurose soudaine de l'autre œil,

l'œil opéré peut entrer en fonctions à son tour. Nous avons vu, à propos de la cataracte molle unilatérale du jeune sujet dont nous avons rapporté l'observation, quel service lui eût rendu une opération précoce. De même, en fait de cataracte sénile monoculaire, on rencontre des malades insistant pour être opérés, tant ils craignent voir leur bon œil se perdre à son tour. Il est certain qu'il serait désastreux pour de pauvres gens — que ne protège pas la loi de 1898 — de se trouver ainsi aveugles subitement, même pour quelques jours, alors qu'il leur faut par un travail continu assurer leur existence quotidienne.

2° **Inconvénients de l'opération.** — Voyons maintenant quels sont les inconvénients de l'opération et quels dangers elle peut présenter.

On a dit, tout d'abord, que l'opération était inutile; puisqu'elle ne pouvait rendre à l'opéré la vision binoculaire normale.

Mais, comme le dit De Græfe, la différence de grandeur et d'éclairage des deux objets n'exclut pas l'usage commun des deux yeux. Cet auteur a démontré que lorsqu'on place devant l'œil opéré un prisme de 10 degrés à base externe, cet œil, dans certains cas, corrige le prisme pour un mouvement comme dans l'épreuve usitée pour dévoiler la simulation.

Un autre reproche fait à l'opération de la cataracte monoculaire est le suivant : la grande différence de réfraction existant entre chaque œil est un obstacle à

la persistance au travail, en un mot provoque à la longue de la fatigue.

De Græfe dit ne l'avoir jamais observée sur plus de 50 cas.

On a parlé aussi d'éblouissement en présence de vives lumières ; cet inconvénient existe en effet pendant les premières semaines dans environ un quart des cas, mais disparaît spontanément au bout de peu de temps.

On a dit que le strabisme et la diplopie apparaîtraient après l'intervention ; mais ne peut-on y remédier d'une façon ou d'une autre, par exemple par l'emploi d'un verre dépoli ?

Par contre, De Græfe cite des cas de strabismes soit divergents, soit convergents qui cessèrent spontanément à la suite de l'opération.

L'œil opéré, a-t-on fait remarquer, est le siège de chromatopsies assez désagréables. Et de fait, Elliot, ayant à ce point de vue examiné 250 opérés, relève 55 o/o de cyanopsies, 3 o/o d'érythropsies et quelques xanthopsies. Les objets qui entourent les malades atteints de cette cyanopsie leur paraissent, au début surtout, d'une teinte blanc bleuâtre qu'ils comparent volontiers à celle qu'ils auraient à un fort éclairage lunaire. Mais cette vision bleue, qui, du reste, n'atteint que la moitié environ des opérés ne persiste pas. Dans le cas contraire, il suffirait de prescrire des verres jaunes aux personnes qui en sont atteintes.

Enfin et comme dernier argument les adversaires de l'opération ont mis en avant la possibilité d'un

insuccès. Nous pouvons, à ce sujet, rassurer complètement nos malades, étant donné que le chiffre des insuccès, en ce qui concerne la cataracte sénile mûre, est, comme nous l'avons vu, absolument infime, grâce à l'asepsie et à la technique employées partout à l'heure actuelle.

Mais, pour obtenir ce résultat idéal vers lequel doivent tendre tous les efforts du praticien, l'opération ne devra être tentée que dans certaines conditions, tant au point de vue de l'état local de l'œil cataracté que de l'état général du sujet à opérer. En présence d'une cataracte sénile, l'opérateur peut à loisir prendre son temps, choisir son heure, s'entourer de toute les garanties possibles ; il n'y a nullement urgence puisque dans notre hypothèse un des yeux est parfaitement sain et que, comme nous le savons, la cataracte mûre peut longtemps demeurer stationnaire.

Voyons donc quels sont les conditions nécessaires à la bonne réussite de l'opération.

Tout d'abord la cataracte doit être complètement mûre ; c'est-à-dire que toutes les couches de la lentille devront être opaques jusqu'à la capsule, de telle sorte, par conséquent, qu'on ne puisse observer à l'éclairage oblique aucune ombre portée de l'iris sur le cristallin. Il y a même intérêt, si on le peut à attendre encore quelque temps : on voit alors le cristallin diminuer légèrement de volume et la chambre antérieure reprendre sa profondeur normale, ce qui facilite l'intervention chirurgicale.

Mais l'opacité complète du cristallin ne suffit pas, il faut aussi, il faut surtout que la sensibilité lumineuse de l'œil soit bonne, ce qui indique que la rétine n'est pas altérée. Le cristallin opacifié, empêche, en effet, la formation des images sur la rétine, mais ne s'oppose pas à la pénétration des rayons lumineux et le malade doit distinguer le jour de la nuit. Pour reconnaître si la sensibilité lumineuse est intacte, on place le malade dans l'obscurité et, l'œil sain étant obturé, on fait mouvoir à quelques mètres une bougie allumée dont le malade doit signaler la position ; ou bien on projette dans l'œil à l'aide de l'ophtalmoscope des rayons lumineux dont il doit indiquer la provenance. On constate, de même, si le réflexe pupillaire à la lumière est conservé.

Si le sujet n'accusait aucune perception, l'intervention n'aurait aucune raison d'être au point de vue visuel et ne saurait donner qu'un résultat cosmétique.

Il faut également ne pas omettre l'examen de l'œil sain qui peut fournir un renseignement utile sur la réfraction de l'œil cataracté.

Les conditions opératoires, dépendant de l'état général du sujet, pour moins importantes que les précédentes, ne devront cependant pas être négligées.

Les annexes du globe oculaire, la conjonctive, les voies lacrymales surtout seront soigneusement examinées et la moindre trace de suppuration de ce côté devra faire ajourner l'opération jusqu'à complète guérison.

Les principaux appareils de l'économie seront également visités : la présence d'albumine ou de sucre dans l'urine, la toux, les troubles digestifs feront également reculer l'intervention.

Comme conclusion de ce chapitre, nous dirons avec L. Dor que l'opération de la cataracte sénile mûre sur un œil, l'autre étant bon, a des avantages importants et aucun inconvénient sérieux. Elle est donc toujours indiquée dans les cas où nous pouvons compter sur le succès de l'opération.

CHAPITRE III

CATARACTE TRAUMATIQUE

Si les cataractes congénitales et de l'enfance sont en général bilatérales ; si dans la cataracte sénile les deux yeux sont habituellement pris l'un après l'autre, il n'en est plus du tout de même dans la cataracte traumatique qui, dans la très grande majorité des cas, n'intéresse qu'un œil.

Donc, la cataracte traumatique, étant essentiellement monoculaire mérile une place importante dans notre travail. Mais, ce qui donne à la question un intérêt tout spécial, c'est que la plupart des victimes du traumatisme oculaire sont des ouvriers, des salariés accidentés par le fait ou à l'occasion du travail et soumis de ce chef à la loi du 9 avril 1898.

Et la statistique nous enseigne combien sont nombreux les accidents oculaires du travail : puisqu'ils représentent à eux seuls près d'un tiers des accidents industriels.

Cette loi de 1898 a, dans le domaine de son application, donné au médecin un rôle considérable, mais aussi bien souvent elle a dû le plonger dans l'embar-

ras. Mis en présence d'une cataracte traumatique professionnelle, l'oculiste, par exemple, a du maintes fois se demander : à quel taux dois-je évaluer le dommage ; ou bien : l'interventian n'améliorerait-elle pas le sort de l'ouvrier et, par là même, ne diminuerait-elle pas les charges du patron.

Nous aurons donc en étudiant les avantages et les inconvénients de l'intervention en cas de cataracte traumatique à envisager la question au point de vue professionnel.

La cataracte traumatique est la conséquence d'une plaie pénétrante du globe intéressant en même temps le sac capsulaire. Mais cette règle n'est pas absolue. et le traumatisme semble capable à lui seul de déterminer une cataracte alors que la capsule est demeurée intacte.

Donc, en règle générale, à moins qu'il ne s'agisse de simples piqûres faites avec un instrument aseptique l'inflammation ne manque presque jamais. Elle apparaît rapidement et résulte à la fois de l'intumescence de la lentille, de l'irritation mécanique de l'iris au contact des masses opacifiées et de l'infection déterminée par le corps vulnérant.

Cette inflammation, qui peut aller jusqu'à la panophtalmie si la plaie est fortement infectée, est généralement modérée, elle se traduit par de l'injection ciliaire, des douleurs péri-orbitaires ; la membrane irienne épaissie, ternie, adhère à la capsule ; des troubles du vitré peuvent apparaître.

Aussitôt après l'accident le traitement médical sera

institué : on combattra l'inflammation par les moyens habituels : compresses chaudes, sangsues à la tempe, purgatifs légers et surtout par l'emploi de l'atropine. C'est là une règle absolue dont il ne faut se départir qu'en cas de complications glaucomateuses qui, alors, nécessitent une intervention d'urgence, si elles n'ont pas cédé rapidement aux myotiques et au traitement médical.

Donc en présence d'une cataracte traumatique l'expectative s'impose ; avant tout il faut voir venir ; on attendra que toute trace d'inflammation ait disparu et on n'oubliera pas, suivant le précepte de Becker « de ne jamais opérer tant que la pince à fixation produit une injection ciliaire ».

1° **Avantages de l'abstention.** — Passons donc en revue les avantages que présente cette abstention opératoire et voyons en même temps quels inconvénients pourrait présenter l'intervention.

En premier lieu, l'expectative prolongée est toute indiquée chez les jeunes sujets. Certains d'entre eux, en effet, voient leur cataracte se résorber spontanément de façon complète, surtout si l'inflammation initiale a été peu accentuée ; les masses cristalliniennes gonflées se désagrègent, tombent dans la chambre antérieure et peu à peu passent dans la circulation générale par l'intermédiaire des veines ciliaires antérieures et du canal de Schlemm.

Plus le sujet est jeune et plus la résorption est rapide : on a vu dans les cas simples, des cataractes

se résorber complètement en quinze jours, mais la durée habituelle est de deux à trois mois chez les enfants de six à dix ans ; de six à neuf mois chez les adultes ; mais chez ces derniers la résorption est le plus souvent incomplète et le résultat définitif est souvent une cataracte secondaire plus ou moins épaisse. A un âge plus avancé la résorption complète est exceptionnelle ; Haltenhoff et Stoffan l'ont cependant vue se produire chez deux malades âgés, l'un de cinquante-huit, l'autre de soixante-neuf ans.

Une des principales raisons qui font que certains praticiens sont ennemis de toute intervention en matière de cataracte traumatique est assurément la crainte d'un insuccès opératoire. On peut, en effet, se demander quel résultat va donner une intervention portant sur un terrain aussi défavorable, sur un œil où la présence de synéchies témoigne de l'inflammation antérieure et coïncide souvent avec des troubles du vitré et des foyers de choro-rétinite disséminée. Et puis, sous l'influence de ce nouveau traumatisme, qui est l'opération, cet œil une première fois infecté ne va-t-il pas s'enflammer à nouveau et même devenir le point de départ d'une ophtalmie sympathique.

Les résultats défavorables obtenus par les anciens opérateurs furent loin d'être encourageants.

Dès 1812, Trélat écrit à ce sujet : « C'est par des demi-succès et des insuccès pleins que se règle le bilan de la médecine opératoire des cataractes traumatiques. »

Muller de son côté étudie les cataractes traumatiques observées à la clinique de Bâle de 1872 à 1882 et conclut : « Si l'on étudie le traitement des cataractes traumatiques pendant ces onze années, on remarquera que, au commencement, on a presque toujours eu recours à l'opération tandis que petit à petit à la suite des bons résultats de la méthode expectative et des tristes résultats de l'opération, l'expectative a été de plus en plus appliquée pour devenir le seul traitement dans les dernières années. »

Haltenhoff termine un rapport sur le même sujet en disant : « Le traitement antiphlogistique sera continué pendant des semaines et des mois avec persévérance. Une fois l'inflammation guérie, on devra résister longtemps aux instances du malade et de son entourage qui voudraient voir enlever au plutôt l'obstacle à la vision. On ne saura jamais combien d'yeux qui auraient pu recouvrer la vue plus tard ont été sacrifiés à cette impatience opératoire. » Mais pour être juste il nous faut reconnaître que l'ignorance où étaient les anciens opérateurs de l'asepsie telle qu'on la pratique aujourd'hui, fut certainement une des causes de leurs insuccès répétés.

Et puis, s'est-on dit, à quoi bon courir les risques d'une pareille intervention alors qu'il nous sera impossible de restituer à l'opéré la vision binoculaire ? Mais nous savons bien que cette façon de penser n'est pas celle de tout le monde ; Delogé, comme nous le verrons plus loin, s'est fait le défen-

seur de la correction complète de l'anisométropie et est parvenu à rendre la vision binoculaire à deux malades opérés de cataracte traumatique.

Mais ces cas sont malheureusement appelés à rester des exceptions à la règle commune ; c'est que les conditions nécessaires pour arriver à semblable résultat sont fort difficiles à remplir. Il faut, en effet, que le résultat visuel de l'opération soit bon, il faut que le sujet soit jeune, qu'il ait le moyen, les loisirs (sans parler de la patience) de se livrer aux exercices orthopédiques nécessaires après l'opération pour arriver au résultat définitif cherché, sans compter le courage dont il devra faire preuve pour supporter la fatigue provoquée par le fusionnement de deux images aussi dissemblables. C'est qu'alors son anisométropie atteindra (l'œil aphaque portant sa correction) 10 à 12 dioptries, alors que l'expérience nous démontre qu'un malade qui a entre ses deux yeux une différence de 6 dioptries ne peut supporter sa correction intégrale.

On se rend compte combien sont difficiles à réunir toutes ces conditions quand on songe que en général, la victime de la cataracte traumatique est un ouvrier qui devra reprendre son travail aussitôt que possible.

Dans certains cas, du reste, l'opération n'est pas utile. Aussi est-il très important, quand on se trouve en face d'un blessé atteint de cataracte traumatique, de savoir quelle est sa profession. Certaines personnes, en effet, peuvent parfaitement avec un seul

œil reprendre le cours de leurs occupations habituelles.

Et puis, de même que pour la cataracte sénile, l'aphakie unilatérale résultant de l'opération peut, chez certains sujets, entraîner une déception visuelle comparative et une gêne quelquefois assez forte pour nécessiter le port d'un verre opaque devant l'œil opéré.

Mais nous devons ajouter que cette gêne de la vision disparaît généralement de façon spontanée au bout de quelque temps.

Enfin, on a reproché à l'opération de faire dévier généralement en divergence l'œil opéré, qui tend à neutraliser la fausse image perçue. Ces cas, en effet, sont fréquents, mais il faut faire remarquer que ce strabisme existe la plupart du temps avant l'opération.

2° **Avantages de l'intervention.** — Et maintenant supposons que notre malade ait été opéré dans d'aussi bonnes conditions que possible, que le résultat, au point de vue visuel, ait été excellent et voyons quel bénéfice il pourra retirer de l'intervention.

Tout comme dans la cataracte sénile ou congénitale, nous voyons ici l'opération avoir pour résultat l'agrandissement du champ visuel binoculaire ; ce qui rendra plus encore de services à l'ouvrier, qui côtoie à chaque instant tant de dangers et d'obstacles, qu'au vieillard réduit par l'âge à une exis-

tence forcément plus contemplative. A ce point de vue donc l'intervention a donné une certaine valeur professionnelle à l'œil traumatisé.

D'autre part, elle permettra, dans certains cas, à des ouvriers de retrouver plus facilement un emploi après leur accident. En effet, les patrons embauchent plus volontiers un ouvrier s'ils n'en soupçonnent pas l'aphakie monoculaire, ou bien s'ils savent qu'il est porteur d'un œil opéré, lui permettant, en cas de perte de l'œil sain, de continuer son travail. Il est également certain qu'un domestique ou une femme de chambre trouveront difficilement à s'embaucher s'ils sont porteurs d'une cataracte apparente.

A l'appui de ces dires nous pouvons citer le relevé de Magnus qui constate que, avant la mise en vigueur de la loi allemande sur l'assistance ouvrière, 57 o/o des ouvriers métallurgistes ayant perdu un œil reprirent aussitôt guéris leurs anciennes occupations et gagnèrent le même salaire ; et que, depuis la mise en vigueur de la loi, ce chiffre s'est réduit à 30 o/o.

« La même constatation, nous dit Valude, a pu être faite en France, et cela tient à ce que les employeurs répugnent à embaucher des borgnes qui sont exposés, en perdant leur second œil, à devenir une grosse charge avec une rente des deux tiers du salaire » ; alors que l'ouvrier porteur d'un œil aphaque peut, grâce à un verre convenable, conti-

nuer le même travail,ne se trouvant,par conséquent, qu'en état d'incapacité permanente partielle.

Les exemples d'intervention faite au seul point de vue cosmétique ne sont pas rares. De Græfe rapporte qu'il a dans ce but opéré des yeux aveugles par décollement de la rétine.

Étant donné que la cataracte traumatique ne respecte ni l'âge ni le sexe, on comprendra aisément combien certaines personnes seront heureuses de se voir débarrassées d'une lentille opaque si apparente et si laide.

L'opération de la cataracte monoculaire traumatique trouve également son indication dans le cas bien particulier où un travail quelconque ne peut être exécuté que grâce au seul œil blessé. Dans certaines professions, en effet, les ouvriers se servent de préférence d'un œil, en général de l'œil droit. Il est évident que dans ces cas le côté blessé a une grosse mportance. Un chasseur droitier par exemple, qui perd son œil droit, sera du même coup dans l'impossibilité de continuer l'exercice de son métier, à moins qu'une opération suivie d'un bon résultat optique ne lui rende une vue suffisante.

Étudions enfin un dernier avantage de l'intervention qui primerait tous les autres, s'il pouvait être acquis et maintenu chez la plupart de nos blessés. C'est de la restitution de la vision binoculaire normale que nous voulons parler.

Comme nous l'avons vu à propos des cataractes congénitales, de Græfe cite quelques cas de jeunes

sujets chez lesquels il a rencontré la « vision en commun » à la suite de l'opération.

Dianoux, de son côté, écrit : « Quand l'acuité visuelle restituée va de 1/10 à 1/2, incontestablement la vision binoculaire existe, tellement que dans la vision rapprochée elle gêne les blessés. La correction totale n'est pas supportée, c'est vrai, mais un soulagement considérable est apporté par la correction partielle. »

Sulzer dit avoir fait la même constatation. Mais Delogé considère au contraire la correction partielle comme insuffisante pour restituer la vision binoculaire normale : « Les opérés sur lesquels ces auteurs appuient leur affirmation, dit-il, devaient posséder une vision bien imparfaite. La gêne manifestée dans la vision rapprochéep ar les malades de Dianoux, nous confirme encore dans notre scepticisme. La correction incomplète de l'œil opéré sert surtout à agrandir le champ du regard. Nous n'avons personnellement jamais vu cette correction suivie d'une vision binoculaire normale, par conséquent cette correction à moins de neutralisation doit être surtout gênante. Enfin nous croyons, malgré l'opinion contraire des auteurs sus-nommés, à la possibilité d'une correction intégrale et d'une vision binoculaire normale dans le cas d'une aphakie unilatérale.

» Sans doute, une telle différence de réfraction ne peut être traitée dans une seule séance : elle exige des tâtonnements, mais la difficulté résulte surtout,

d'après nous, du strabisme et de la difficulté pour l'opéré de fusionner les deux images. »

Delogé a, en effet, réussi à rendre la vision binoculaire à deux malades opérés de cataracte traumatique et dont nous reproduisons plus loin les observations : « J'avais entrepris leur traitement, dit-il, sans grand espoir d'obtenir un résultat satisfaisant et j'ai été d'autant plus agréablement surpris que je n'ai vu nulle part la relation d'une correction de ce genre avec restitution de la vision binoculaire normale. Mais il serait imprudent de tirer de ces deux cas une conclusion trop arrêtée, Si deux cas ne suffisent pas à baser un jugement, ils prouvent du moins la possibilité de restituer parfois à des individus opérés de cataracte monoculaire la vision binoculaire normale. »

3° **Intervention en cas de cataracte traumatique professionnelle.** — Il nous faut maintenant envisager la très importante question suivante : Au point de vue de l'application de la loi sur les accidents du travail, quelle importance peut présenter l'intervention ou la non intervention en cas de cataracte traumatique monoculaire ?

La cataracte traumatique donne lieu à une *incapacité partielle permanente.*

L'ouvrier, de ce chef, a droit, en vertu de la loi, à une rente égale à la moitié de la réduction subie dans son salaire du fait de l'accident. Si, par exemple, il gagnait 2.000 francs, et que, du fait de l'accident,

son salaire soit réduit à 1.000 francs, il lui sera attribué une rente de 500 francs.

En cas d'accident oculaire, cette réduction de capacité dépend de l'acuité visuelle de l'œil blessé.

Or, nous avons vu que l'intervention en cas de cataracte monoculaire rend à l'œil blessé une certaine valeur professionnelle puisque cet œil peut arriver à une acuité visuelle parfois excellente, puisqu'il sert à augmenter l'étendue du champ visuel binoculaire, sans en général être une cause de gêne pour l'autre œil et que, enfin, sa valeur devient énorme en cas de perte subite de l'autre œil. (Ce n'est pas l'avis de A. Gorecki, de Caillaud, qui considèrent l'œil cataracté, opéré ou non, comme absolument perdu pour le travail, c'est-à-dire ayant une acuité visuelle = O, et que, par conséquent, l'incapacité due est de 25 à 30 pour cent.)

Nous savons, d'autre part, que en cas de non intervention, l'œil traumatisé a une acuité nulle, c'est-à-dire n'a aucune valeur professionnelle.

Nous devons donc résoudre les deux questions suivantes :

1° Quelle réduction subit le salaire si la vision est totalement abolie d'un côté (c'est-à-dire si l'opération n'a pas été faite) ;

2° Quelle est la diminution si l'œil blessé a recouvré un certain degré de vision du fait de l'intervention.

« La réponse, nous dit F. Terrien, semble, au premier abord, facile; il suffirait, semble-t-il, pour

déterminer le degré de réduction de capacité professionnelle de l'ouvrier, de comparer son gain après l'accident et son salaire d'avant l'accident. En pratique, cependant, la question est très complexe. La majorité des blessés, en effet, craignant des contestations de la part du patron ou de la compagnie d'assurance, refusent de reprendre le travail avant le règlement de l'indemnité. Et de fait, si certains ouvriers, consciencieux ou nos assurés, arrivent à fournir après l'accident un travail aussi utile que celui qu'ils donnaient précédemment, la majorité aura tendance à exagérer le dommage subi et la réduction de capacité professionnelle afin d'obtenir une indemnité plus forte.

» Aussi l'appréciation du dommage résultant de l'accident est-elle purement théorique. Le médecin est appelé à donner son avis et à fixer le quantum de la réduction de capacité, et, par là même le montant de l'indemnité dès que l'état du blessé est définitif et avant la reprise du travail. En attendant que des moyennes, indiquant pour chaque genre de métier le degré de vision nécessaire pour l'exercer, soient nettement établies, le médecin, à l'heure actuelle, doit se baser sur les chiffres un peu théoriques actuellement adoptés. »

Nous verrons quels sont ces chiffres, en examinant les deux questions que nous venons de nous poser.

A. — *L'opération n'a pas été faite.* — La vision est entièrement abolie du côté blessé. Quelle est de

ce chef la réduction de capacité subie par l'ouvrier?

Dans les premiers temps de l'application de la loi, le chiffre proposé pour cette réduction de capacité fut 50 o/o ; ce qui, en somme, était logique, puisque la perte des deux yeux entraîne une incapacité totale. Mais bien vite on s'est aperçu que ce chiffre était beaucoup trop fort. Et de fait, comme le fait très bien remarquer F. Terrien, « la perte d'un œil n'est nullement comparable à celle d'un membre ; et la distance qui sépare un voyant d'un borgne est bien moindre que celle qui sépare le borgne d'un aveugle.

En réalité et si l'on en excepte certaines professions délicates qui exigent une vision excellente et la vision binoculaire, le plus ordinairement la perte de l'un des deux yeux gênera très peu l'ouvrier. Beaucoup peuvent gagner après l'accident un salaire identique à celui qu'ils avaient avant, et il résulte de la plupart des statistiques dressées dans l'industrie métallurgique que, pour les accidents ayant subi une réduction de capacité, celle-ci ne dépasse guère 10 à 12 o/o. Nous sommes loin, on le voit, du chiffre de 50 o/o proposé primitivement. D'autant plus que cette proportion s'applique à des ouvriers métallurgistes, et la moyenne est moins élevée encore dans les industries dont les exigences visuelles sont moindres (terrassiers, manœuvres, journaliers, etc.). Mais ce n'est pas tout, il faut aussi envisager les conséquences indirectes que l'accident peut avoir dans l'avenir. Il est évident, comme nous

l'avons vu, que le borgne qui perd son emploi en trouvera difficilement un nouveau. A la diminution réelle de capacité professionnelle viendra s'ajouter une diminution beaucoup plus importante : la « diminution de capacité de *concurrence* ».

Aussi entre le taux de 50 o/o beaucoup trop élevé comme nous l'avons vu et celui de 10 o/o qui ne tient pas compte des conséquences indirectes de la blessure, la presque unanimité des ophtalmologistes est à peu près d'accord aujourd'hui pour évaluer entre 20 o/o et 33 o/o la réduction de capacité professionnelle occasionnée par l'abolition de la vision d'un des yeux.

Le chiffre inférieur, 20 o/o, convient à la plupart des professions, à celles, en un mot, qui n'exigent pas une acuité visuelle supérieure (terrassiers, manœuvres).

Le chiffre supérieur, 33 o/o, sera réservé aux métiers exigeant une acuité visuelle supérieure (horlogers, mécaniciens).

Le médecin, bien entendu, devra dans son estimation tenir compte de l'état de l'œil non atteint, mais nous n'avons pas à envisager cette question puisque dans notre hypothèse l'œil non atteint est sain. Il devra également considérer l'âge du blessé. Il est juste d'accorder davantage à l'ouvrier âgé qu'à l'ouvrier jeune, qui pourra au besoin apprendre un nouvel emploi, compatible avec l'état de sa vision. On a de même proposé d'indemniser davantage la perte de l'œil droit ; il serait plus juste de

proposer une indemnité plus forte si l'œil blessé — droit ou gauche — était l'œil employé de préférence dans l'exercice de la profession.

B. — *L'opération a été faite.* — L'œil traumatisé, a, de ce fait, recouvré un certain degré de vision et peut rendre au blessé certains services. Ce qui d'ores et déjà nous permet de supposer que l'incapacité partielle et permanente sera moindre que dans le cas précédent.

Mais pour évaluer en chiffres cette incapacité, il nous faut rechercher le degré de vision de l'œil débarrassé de la cataracte.

Pour cela nous placerons, suivant le procédé habituel, notre sujet à 5 mètres d'une échelle d'acuité visuelle, l'œil aphaque ayant été naturellement muni du verre convexe, accompagné du cylindre nécessaire ; l'œil sain obstrué.

Cela fait nous faisons lire au blessé les différentes lignes de l'échelle en commençant par les plus grosses. On constate souvent ainsi que l'œil opéré a recouvré une bonne acuité : 1/2, 2/3, parfois même 3/4 de la normale.

Mais, naturellement, nous n'allons pas, dans notre estimation, comparer cet œil privé de cristallin, à un œil normalement constitué, même ayant une acuité visuelle inférieure: l'œil aphaque entraînant une réduction de capacité beaucoup plus importante.

Quel chiffre allons-nous alors attribuer à l'incapacité permanente partielle en pareil cas ?

E. Aubineau emploie un procédé qui semble plein d'équité : « Quand, dit-il, dans une expertise nous avons à apprécier la valeur professionnelle de l'œil aphaque, voici comment nous procédons : nous prévenons que l'œil a une vision de un quart par exemple avec un verre correcteur, approprié ; mais nous proposons, en raison de certaines considérations (vision binoculaire impossible, gêne résultant de l'emploi du verre correcteur, ou impossibilité de porter ce verre pendant le travail, opacités secondaires pouvant se produire) nous proposons de baser l'incapacité permanente partielle sur un chiffre de 1/8. En somme nous divisons par 2 l'acuité que nous donnons après correction à l'œil opéré. Si notre calcul nous donne un chiffre égal ou inférieur à 1/10, nous considérons comme nulle la valeur professionnelle de l'œil aphaque. ».

Pour Haab et Pfuger, la perte du cristallin donne droit à une invalidité de 13 à 20 o/o, selon le métier de la victime.

M. Dianoux écrit de son côté :

« Muni d'une correction partielle, l'œil opéré est d'une grande utilité, d'autant plus qu'il maintient surtout le champ visuel et la faculté d'orientation. Si donc l'on accepte le chiffre de 25 o/o comme estimation de la perte totale d'un œil, je demanderai que l'aphakie, suivant la catégorie usuelle, soit estimée de 10 à 18 o/o. »

Nous pouvons même pousser les choses encore plus loin et envisager le cas où le blessé aura, à la suite de l'intervention, recouvré la vision binoculaire normale, c'est-à-dire sera guéri complètement ; cas exceptionnel, il est vrai, mais dont la possibilité est prouvée par les observations de Delogé.

Eh bien ! quelle indemnité attribuerons-nous, dans ce cas, à notre sujet ?

Forcément une indemnité très faible puisqu'il pourra reprendre des travaux même très délicats, mais qui ne saurait être nulle, l'aphakie entraînant pour l'opéré des désagréments (nécessité de 2 paires de lunettes, l'accommodation étant perdue, fatigue résultant à la longue du fusionnement des deux images, etc.).

Nous pourrons donc, en pareil cas, réduire à 5 o/o le chiffre de l'incapacité professionnelle.

Pour nous résumer, et si nous laissons de côté ces cas très rares de guérison complète, nous constatons d'une part que la présence d'une cataracte monoculaire entraîne pour un ouvrier une réduction de capacité estimée par les ophtalmologistes à en moyenne 25 o/o ; tandis que, d'autre part, à la suite de l'extraction du cristallin opacifié la réduction de capacité n'est plus en moyenne que de 15 o/o.

Soit un bénéfice de 10 o/o, réalisé par la compagnie d'assurance.

Prenons par exemple un ouvrier gagnant 2.000 fr. : avec 25 o/o, sa réduction de salaire étant de 500 frs., il touchera une rente de 250 francs, tandis qu'avec

10 o/o, sa rente ne sera plus que de 150 francs. C'est donc un bénéfice de 100 francs que la compagnie fera sur notre ouvrier.

Ceci nous fait comprendre l'insistance avec laquelle les compagnies réclament l'opération à l'heure actuelle.

Mais alors quelle va être la conduite de l'ouvrier. Ne va-t-il pas se dire : quel intérêt aurais-je à me faire opérer ; un seul œil me suffit et l'opération ne va-t-elle pas faire diminuer ma rente ?

Ici donc se pose ce problème très intéressant : l'ouvrier a-t-il le droit de refuser l'opération ?

« En principe, dit F. Terrien, le blessé paraît avoir le droit de refuser l'opération. Le législateur est resté muet sur ce point, et la jurisprudence n'est pas uniforme : certains jugements ou arrêts accordent au blessé le droit de s'y soustraire, alors que d'autres le lui refusent.

» L'opération de la cataracte traumatique est une opération sérieuse, qui peut donner de très bons résultats, mais qui peut également entraîner des complications diverses.

» Soit, par exemple, une cataracte traumatique réduite à une membranule plus ou moins épaisse et entraînant de ce chef une diminution plus ou moins considérable de l'acuité visuelle. Sans doute l'extraction de la cataracte peut améliorer la vision, mais elle peut aussi être suivie de phénomènes réactionnels, d'iridocyclite, voire même de glaucome.

Dans ces conditions le sujet nous paraît parfaitement autorisé à refuser l'opération. »

Mais la compagnie qui verse la rente n'est-elle pas dans son droit, elle aussi, en réclamant l'intervention ?

Et bien dans ce cas nous croyons que la conduite à tenir devrait être celle-ci :

Demander au médecin de procéder à un examen approfondi de l'œil cataracté et de consigner dans son rapport si cet œil est ou n'est pas dans de bonnes conditions pour subir l'opération.

Dans le premier cas, et si le blessé s'obstinait à refuser l'opération, il verrait sa rente notablement diminuée ou même réduite à l'indemnité due en cas d'intervention ayant eu de bons résultats.

Dans le second naturellement le *statu quo* serait maintenu.

Telle est la conduite qui, croyons-nons, serait le plus conforme à l'équité.

Pour résumer ce chapitre nous dirons donc que le traitement de la cataracte traumatique monoculaire doit être avant tout *médical* : la grosse chose ici est de savoir attendre : « L'intervention chirurgicale optique doit être tardive ou ne doit pas être » (De Lapersonne).

Elle ne sera pas utile, en général, aux personnes qui peuvent, avec un seul œil, se livrer à leurs occupations habituelles.

En cas d'accident du travail, au contraire, l'opération est généralement indiquée puisqu'elle présente

des avantages visuels pour l'ouvrier, des avantages pécuniers pour les compagnies d'assurance.

OBSERVATION II

(Empruntée à Delogé, 1906)

G. B..., quinze ans, opéré de cataracte traumatique ; O. D. le 10 novembre 1904 par le Dr Chevalereau.

Examen. — V. O. D. + 11 = 0,3 ; V. O. G, = 1.

Avant correction : neutralisation,

Après correction : neutralisation et divergence.

Après sept séances de travail V. O. D. a remonté et la vision binoculaire est rétablie.

OBSERVATION III

(Empruntée à Delogé, 1906)

Mme C. L..., quarante-trois ans, opérée de cataracte traumatique O. D., par le Dr Chevalereau.

Réfraction. — O. D. aphakie : V. O. D. = (18° + 6) + 11 = 0,5 ; O. G. hypéropie : V. O. G. = 0,6 ; Anisométiopie = 16 dioptries dans V. E. ; anisométiopie = 18 dioptries dans V. R.

Vision avant correction : neutralisation.

Vision après correction : neutralisation, divergence.

Après huit séances de travail, guérison complète.

CONCLUSIONS

I. — Les cataractes congénitales ou de l'enfance, quand elles ne portent que sur un œil, peuvent être opérées sans inconvénients à partir du dix-huitième ou du vingtième mois.

Les avantages que présente l'opération sont les suivants :

1° Agrandissement du champ visuel périphérique ;

2° Restitution possible de la vision binoculaire ;

3° Résultat cosmétique ;

4° Augmentation de l'énergie de la vision ;

5° En cas de perte soudaine de l'œil sain, l'œil opéré est prêt à le remplacer.

II. — L'opération de la cataracte sénile portant sur un œil, l'autre étant respecté, ne présente en général pas d'inconvénients. Nous retrouvons, ici, les mêmes avantages à l'intervention que dans le cas précédent, sauf en ce qui concerne la restitution de la vision binoculaire que l'âge du malade ne permet guère d'espérer. Il sera en outre avantageux de pratiquer l'opération au moment où la cataracte sera complètement mûre, on évitera de la sorte les complications qui pourraient se produire au stade d'hypermaturité.

III. — La cataracte traumatique unilatérale sera,

au début, soumise au seul traitement médical. Bien que la tendance à attendre soit moindre aujourd'hui, nous adopterons la conduite que nous avons vu suivre (De Lapersonne, Terrien) : attendre que toute inflammation ait disparu et cela depuis plusieurs semaines, voire plusieurs mois. A ce moment faut-il intervenir ?

Chez les enfants, plus rarement chez les adolescents, la résorption peut être totale ; chez les adultes, elle est toujours incomplète. La règle donc est d'attendre en surveillant la résorption. Celle-ci définitivement arrêtée, on peut intervenir ; car, sans parler de la vision binoculaire, qui est exceptionnelle, l'opération présente des avantages qui l'emportent sur les inconvénients résultant de l'aphakie.

Mais on peut également s'abstenir chez les personnes qui peuvent avec un seul œil vaquer à leurs occupations habituelles.

Enfin, en cas d'accidents du travail, et si rien ne fait prévoir des complications opératoires, l'intervention s'impose en général, car elle rendra à l'œil blessé une certaine vision et par là même diminuera la réduction de capacité professionnelle.

Vu : le Président de thèse,
DE LAPERSONNE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Aubineau (E.). — Bulletin et mémoires de la Société française d'ophtalmologie, 1904.

Aurand (L.). — Les Résultats éloignés de l'intervention et de la non-intervention de la cataracte traumautique. Thèse de Lyon, 1894-1895.

Bjerke (R.). — Sur les modifications de l'acuité visuelle après l'ablation du cristallin.

Caillaud. — Guide du médecin oculiste dans les accidents du travail, 1908.

Delogé. — Anisométropie et vision binoculaire. Thèse de Paris, 1906.

Desmarres. — Traité des maladies des yeux.

Dianoux. — Bulletin et mémoires de la Société française d'ophtalmologie, 1904.

Dor (L.). — Encyclopédie, t. VII.

Gorecki (A.). — Étude sur les accidents oculaires du travail au point de vue hygiène et médico-légal.

Græfe (A. Von). — Archiv. fur ophtalmology, t. II.

Haltenhoff (G.). — Bulletin de mémoires de la Société française d'ophtalmologie, 1894.

Lapersonne (de). — Bulletin et mémoires de la Société française d'ophtalmologie, 1892 et 1894.

Maunoir (J.-P.). — Journal de médecine de Corvisart, t. XXV, 1812.

Panas. — Traité des maladies des yeux, 1894.

Rollet. — Revue générale d'ophtalmologie, 1904.

Sulzer. — Bulletin et mémoires de la Société française d'ophtalmologie, 1904.

Terrien (F.). — Précis d'ophtalmologie, 1908.

— Chirurgie de l'œil et de ses annexes, 1902.

Terson (F.). — Maladies de l'œil, 1909.

Terrien (F.) — Valeur de l'œil blessé d'après la loi sur les accidents du travail (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1908).

Trousseau (A.). — Journal de médecine et de chirurgie pratique, 1903.

— Bulletin médical, 1907.

Truc. — Bulletin médical, 1905.

Valude. — Bulletin et mémoires de la Société française d'ophtalmologie, 1904.

Wecker (de). — Bulletin et mémoires de la Société française d'ophtalmologie.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 9

CHAPITRE PREMIER. — *Cataractes congénitales et de l'enfance* 13

§ 1. — Avantages de l'opération 14

§ 2. — Inconvénients de l'opération 16

CHAPITRE II. — *Cataracte sénile* 17

§ 1. — Avantages de l'opération 17

§ 2. — Inconvénients de l'opération 22

CHAPITRE III. — *Cataracte traumatique* 27

§ 1. — Avantages de l'abstention 29

§ 2. — Avantages de l'intervention 33

§ 3. — Intervention en cas de cataracte traumatique professionnelle 37

CONCLUSIONS 49

BIBLIOGRAPHIE 51